

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 décembre 1899, à 1 heure

Par THÉOPHILE WILLEMETZ

Né à Vimy (Pas-de-Calais) le 7 mai 1873.

DE LA

VALEUR COMPARÉE DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS

DES

ÉPISTAXIS REBELLES

ET EN PARTICULIER DES

COMPLICATIONS DUES AU DOUBLE TAMPONNEMENT

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges { MM. GUYON, professeur.
 POIRIER et ALBARRAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

107

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 décembre 1899, à 1 heure

Par THÉOPHILE WILLEMETZ

Né à Vimy (Pas-de-Calais) le 7 mai 1873.

DE LA

VALEUR COMPARÉE DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS

DES

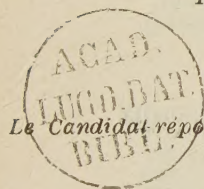
ÉPISTAXIS REBELLES

ET EN PARTICULIER DES

COMPLICATIONS DUES AU DOUBLE TAMPONNEMENT

Président : M. BERGER, professeur.

Juges { MM. GUYON, professeur.
 POIRIER et ALBARRAN, agrégés.



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, rue Racine, 45

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON GRAND'PÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

A TOUS MES AUTRES PARENTS

A MES AMIS

A TOUS MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des hôpitaux.
Membre de l'Académie de médecine.
Chevalier de la Légion d'honneur.

DE LA
VALEUR COMPARÉE DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS
DES

ÉPISTAXIS REBELLES

ET EN PARTICULIER DES

Complications dues au double tamponnement

INTRODUCTION

Pendant les quelques années où il nous a été permis de fréquenter les hôpitaux, nous avons été frappé de la difficulté souvent extrême que présentait le traitement des épistaxis rebelles. Nous avons observé aussi plusieurs accidents occasionnés par le double tamponnement des fosses nasales et nous avons cru devoir lui préférer le tamponnement antérieur simple guidé en cela par l'expérience de plusieurs de nos maîtres. C'est à démontrer l'efficacité de ce procédé dans les épistaxis rebelles que nous consacrons ce travail.

Nous nous appuierons sur des considérations anatomiques, histologiques et physiologiques, et nous citerons quelques observations personnelles.

Aussi croyons-nous utile de commencer par dire quel-

ques mots au sujet de l'anatomie des fosses nasales et la structure de la pituitaire. Cette étude nous fera comprendre mieux le siège et la physiologie de l'épistaxis et nous permettra d'agir directement sur elle.

Dans ce travail nous omettrons de parler des hémorrhagies dues à des tumeurs malignes du nez ou à des fractures du crâne. Il est évident que l'on devra s'adresser à la cause.

Nous aurons surtout en vue les épistaxis spontanées ou traumatiques dues à l'érosion de la muqueuse nasale à l'ouverture d'un petit vaisseau.

A l'occasion de notre thèse inaugurale nous tenons à adresser à nos chers parents le témoignage de notre cordiale affection, et à tous nos maîtres de la faculté libre de Lille l'hommage de notre reconnaissance. MM. Duret, Desplats, Eustache, Delassus, Derville, Augier, dont nous avons suivi les services respectifs y ont un droit tout particulier.

Il nous a été donné aussi de recueillir des leçons inappréciables de nos maîtres de la faculté de Paris ; nous les prions aussi d'agréer l'expression de notre profonde gratitude.

Notre ami, M. Guisez interne des hôpitaux de Paris, nous a donné de nombreuses marques de bienveillance et de précieux conseils. Nous lui sommes redevable de plusieurs observations ; qu'il veuille bien accepter nos sincères remerciements.

M. le Professeur Berger nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui en sommes profondément reconnaissant.

CHAPITRE

Considérations anatomiques

L'appareil de l'olfaction se compose : 1° du nez, 2° des fosses nasales, 3° des cavités accessoires ou sinus.

1° *Nez et Narines*. — Le nez a la forme d'une pyramide triangulaire. La base de cette pyramide surmonte la bouche et présente deux orifices, les narines séparées par une cloison mobile : la sous-cloison qui prolonge en bas la cloison des fosses nasales.

Les narines (que l'on appelle encore vestibule des fosses nasales) sont deux petites cavités elliptiques qui précèdent l'entrée des fosses nasales. Elles s'en distinguent nettement par leur revêtement intérieur qui est formé par la peau tandis que les fosses nasales proprement dites sont tapissées par une muqueuse : *la pituitaire*.

Le repli cutané qui tapisse les narines ne diffère en rien de la peau des autres régions du corps. Ce n'est qu'au voisinage de la pituitaire qu'elle subit certaines modifications qui vont la transformer en muqueuse.

On voit donc que sauf le cas de traumatisme les narines seront exceptionnellement le siège d'hémorrhagies : En tous cas il sera très facile d'agir sur elles, le cas

échéant, ces hémorrhagies se faisant à ciel ouvert sous l'œil du médecin.

2° *Fosses nasales*. — Les fosses nasales sont constituées par une charpente osseuse tapissée elle-même par une membrane muqueuse : la « membrane pituitaire » ou « membrane de Schneider » qui contient les appareils terminaux de l'olfaction et dont la vascularisation est très riche.

La connaissance exacte du squelette osseux des fosses nasales nous permettra d'en décrire les orifices et de reconnaître leurs connexions avec les cavités voisines.

A. — *Squelette osseux*.

La pyramide triangulaire représentée par la cavité nasale est divisée en deux cavités secondaires par une cloison médiane. Chaque fosse nasale présente à considérer une paroi supérieure, une paroi inférieure, une paroi interne, une externe, et deux orifices.

1° *Paroi supérieure ou voûte*. — Elle est remarquable par son étroitesse. La largeur n'est guère que de deux ou trois millimètres. Elle est constituée en avant par les os propres du nez, au milieu par la lame criblée de l'éthmoïde, en arrière par le corps du sphénoïde. Elle offre à considérer l'ouverture du sinus sphénoïdal et l'orifice postérieur du conduit ptérygo-palatin.

2° *Paroi inférieure*. — Le plancher des fosses nasales est formé en avant par l'apophyse palatine du maxillaire supérieur, et en arrière par la lame horizontale du palatin.

Cette paroi ressemble à une gouttière légèrement inclinée d'avant en arrière, longue de 5 centimètres environ et large de 12 à 15 millimètres. Cette face présente en avant l'orifice du canal palatin antérieur.

3° *Paroi interne.* — La paroi interne est formée par la cloison des fosses nasales souvent déjetée à droite ou à gauche. Elle est constituée par la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le vomer. Ces lames osseuses unies l'une à l'autre en arrière s'écartent en avant pour laisser une échancrure comblée par le cartilage de la cloison.

4° *Paroi externe.* — Le paroi externe irrégulière, anfractueuse, oblique de haut en bas et de dedans en dehors est formée par l'ethmoïde, l'unguis, le palatin, le maxillaire supérieur, et le cornet inférieur.

Elle présente des saillies ou cornets, des dépressions ou méats, et des orifices qui en rendent l'étude complexe.

Sur une coupe verticale de haut en bas on voit trois saillies faisant relief en dedans, et formées par le cornet supérieur, le cornet moyen, et le cornet inférieur.

Entre chaque cornet et la paroi externe existe une cavité ou méat.

a). — *Le cornet inférieur* descend plus ou moins bas vers le plancher des fosses nasales (à 1 cent. 1/2 environ). C'est lui qui gêne souvent pour l'introduction des instruments, par exemple de la pince porte-tampon dans l'épistaxis.

Pour M. le professeur Tillaux la ligne d'insertion du cornet inférieur ressemble assez à une *S italique* allongée à 2 courbures, l'une antérieure convexe en haut, l'autre postérieure convexe en bas. C'est au sommet de la cour-

bure antérieure qu'aboutit le canal nasal qui va d'autre part s'ouvrir dans la cavité de l'orbite. A 1 cent. en arrière de l'extrémité postérieure du cornet inférieur débouche la trompe d'Eustache qui s'ouvre d'autre part dans l'oreille moyenne.

b). — *Le cornet moyen* émanation de l'ethmoïde est beaucoup plus rapproché de la cloison que le cornet inférieur.

c). — *Le cornet supérieur*, dépendance lui aussi de l'ethmoïde se confond avec le cornet moyen; ses portions moyenne et postérieure sont seules libres.

Les méats sont les espaces qui séparent les cornets. Ils correspondent aux cornets supérieur, moyen, et inférieur. Ils sont surtout intéressants à cause des orifices qui viennent s'y ouvrir.

a). — *Dans le méat supérieur* se trouve l'orifice des cellules ethmoïdales postérieures.

b). — *Le méat moyen* est celui qui intéresse le plus le chirurgien. Sur une coupe verticale du nez nous laissant voir la paroi externe, on aperçoit au dessous de l'extrémité antérieure du cornet la gouttière de l'infundibulum qui fait communiquer largement le sinus frontal et les cellules ethmoïdales antérieures avec le cornet moyen.

Le sinus maxillaire communique d'autre part avec ce méat par deux orifices; un supérieur situé dans la paroi de l'infundibulum, l'autre postéro-inférieur répond au centre de ce méat le plus large des trois.

c). — *Dans le méat inférieur* s'ouvre le canal nasal dont nous déjà fixé la position.

Les orifices antérieurs ont ensemble l'aspect d'un cœur

de carte à jouer divisé en deux parties par une cloison. Ils regardent directement en bas, d'où la nécessité pour explorer les narines et les fosses nasales de porter la tête en arrière et de relever autant que possible le lobule du nez (Tillaux).

Les orifices postérieurs ressemblent à deux rectangles à angles arrondis. Limités en dehors par l'aile interne de l'apophyse pterygoïde ils présentent en dedans une cloison commune formée par le bord postérieur du vomer. Supérieurement ils sont constitués par la voûte des fosses nasales, inférieurement par le bord postérieur de la voûte palatine prolongée par le voile du palais. M. le professeur Tillaux insiste sur la configuration des deux orifices postérieurs pour les tamponner avec efficacité dans le cas d'épistaxis.

Selon cet auteur pour représenter ces orifices il suffit de construire un carré et de le diviser en deux parties égales; chacun des rectangles ainsi obtenus représente les orifices postérieurs des fosses nasales.

B. — *Muqueuse pituitaire.*

1^o *Disposition.* — La pituitaire revêt d'une façon continue les différentes parois des fosses nasales.

Elle se modèle sur toutes les saillies et toutes les dépressions. Elle recouvre non seulement les cornets et les méats, mais elle pénètre encore dans toutes les cavités qui s'y ouvrent. Cependant elle se comporte d'une façon un peu particulière au niveau de plusieurs des orifices

que nous avons décrits dans la charpente osseuse des fosses nasales.

Si nous la suivons dans son trajet, nous voyons qu'elle tapisse le plancher des fosses nasales en fournissant un prolongement qui s'engage dans l'orifice supérieur du canal palatin antérieur. Elle remonte ensuite sur les faces latérales de la cloison où elle est remarquable par son épaisseur.

Arrivée à la voûte, elle va tapisser le sinus sphénoïdal dont elle rétrécit l'ouverture; elle recouvre les trous de la lame criblée de l'éthmoïde de sorte que les vaisseaux et nerfs auxquels ces trous livrent passage rencontrent immédiatement au dessous d'eux la face profonde de la muqueuse à laquelle ils se distribuent. Elle se porte alors en dehors et va descendre sur la paroi externe des fosses nasales; sur cette paroi la pituitaire présente une disposition assez complexe.

Elle tapisse tout d'abord la face interne du cornet supérieur et en avant de lui la surface plane et quadrilatère qui répond aux cellules ethmoïdales postérieures. Elle tapisse ensuite le méat supérieur, envoie un prolongement qui va tapisser les cellules ethmoïdales postérieures.

Tout à fait à la partie postérieure de ce méat la pituitaire rencontre le trou sphéno-palatin; elle passe au devant de lui et le ferme tout comme elle le fait pour les trous olfactifs.

La pituitaire tapisse ensuite le cornet moyen et arrive au méat moyen. Elle remonte les deux orifices, l'un, l'ori-

fice du sinus maxillaire, l'autre, qui répond à l'infundibulum.

La muqueuse s'engage dans ces deux orifices et va par conséquent tapisser d'une part le sinus maxillaire et d'autre part les cellules ethmoïdales antérieures et le sinus frontal. Ces cavités se trouvent ainsi être de véritables diverticules des fosses nasales. C'est là une notion très importante pour ce qui va suivre.

Après avoir tapissé le méat moyen la pituitaire descend sur le cornet inférieur, le contourne et finalement tapisse le méat inférieur.

Elle remonte l'orifice inférieur du canal nasal dans lequel elle pénètre après avoir fourni une sorte de valvule à son embouchure, et finalement parvient au plancher des fosses nasales.

A la partie antérieure la pituitaire se continue avec la peau des narines. En arrière elle se continue avec la muqueuse du pharynx, celle de la face supérieure du voile du palais et de la trompe d'Eustache.

2° *Caractères physiques.* — L'examen de la pituitaire est variable suivant les points où on la considère.

Elle est mince et rosée sur la cloison ; sur la paroi externe elle est épaisse, de couleur plus foncée, molle et comme infiltrée. Elle est mince à la voûte et acquiert son minimum d'épaisseur dans le sinus. Sa consistance est molle et par suite sa résistance est faible. La fréquence des hémorrhagies de cette muqueuse ne nous étonnera donc pas.

3° *Structure.* — La muqueuse pituitaire se compose

d'un derme ou chorion, d'un épithélium étalé à sa surface, de vaisseaux et de nerfs.

On distingue deux portions dans cette muqueuse : une supérieure de couleur brune ou jaunâtre « *locus luteus* » (Ecker) qui reçoit seule les ramifications du nerf olfactif « région ou tache olfactive » ; une inférieure de couleur rouge foncée plus vasculaire, plus épaisse, et aussi plus friable « région respiratoire ». C'est cette région qui est le plus souvent le siège des épistaxis. Nous essaierons de la décrire avec soin.

Nous allons dire maintenant deux mots des connexions vasculaires de la muqueuse pituitaire, de la disposition des vaisseaux à son intérieur et de leur terminaison.

Nous serons ainsi fixés sur le siège des hémorrhagies, leur pathogénie nous semblera plus facile et nous pourrions les traiter d'une façon plus rationnelle.

Vaisseaux. — *a).* — Les artères (V. Testut) de la pituitaire viennent de différentes sources savoir : 1^o les artères ethmoïdales antérieure et postérieure ; 2^o la sphéno-palatine branche de la maxillaire interne qui arrive à la pituitaire par le trou sphéno-palatin ; 3^o la nasale postérieure rameau de la palatine supérieure qui se distribue plus spécialement au cornet inférieur ; 4^o la ptérygo-palatine qui se ramifie à la face inférieure du sphénoïde ; 5^o la faciale qui envoie des rameaux à l'orifice antérieur des fosses nasales.

Les ethmoïdales sont des branches de l'ophtalmique. Toutes les autres proviennent de la maxillaire interne.

Parvenues dans la muqueuse ces artères forment trois réseaux : un profond, un moyen, un superficiel. Le réseau

profond appartient au périoste, le moyen au chorion, et le réseau superficiel s'étale au-dessous de l'épithélium.

b). — Les veines qui émanent de ces artères forment trois groupes. Les antérieures sortent par l'orifice antérieur des fosses nasales et viennent se jeter dans la veine faciale. Les postérieures traversent le trou sphéno-palatin et vont aboutir au sinus maxillaire interne. Les supérieures se réunissent en deux petits troncs qui constituent les veines ethmoïdales antérieure et postérieure ; elles suivent en sens inverse le trajet des artères homonymes et vont s'ouvrir dans la veine ophtalmique.

Les réseaux sanguins de la pituitaire sont très développés sur les trois cornets et principalement sur le moyen et l'inférieur.

Si l'on examine une coupe transversale de ces cornets, après injection on verra que le chorion muqueux est beaucoup plus épais que sur les autres points des fosses nasales et qu'il est constitué par les dilatations vasculaires d'autant plus développées que l'on se rapproche du périoste.

Le chorion de la pituitaire est transformé ainsi en une sorte de tissu caverneux dont l'épaisseur atteint 2 à 3 mm.

L'accord n'est pas fait entre les anatomistes au sujet de la terminaison des vaisseaux de la pituitaire. Pour les uns il s'agissait de simples dilatations vasculaires ; d'autres au contraire les assimilent aux cavités que l'on rencontre dans les organes érectiles.

Cruveilhier disait : « La pituitaire est généralement plus épaisse que les autres membranes muqueuses ; aussi

est-il extrêmement facile de déterminer la structure éminemment vasculaire et véritablement érectile de cette membrane.

Sappey dit dans son anatomie : « Les veines forment un plexus d'aspect variqueux et presque caverneux ».

Kolliker est encore plus précis et décrit « des réseaux veineux très riches et comme caverneux surtout au bord libre du cornet inférieur.

Zuckerhandt, *Hack*, *Frankel*, *Mackenzie* opinent dans le même sens.

Rémy, (thèse d'agrégation 77) note simplement la présence d'un plexus des veines à aspect caverneux.

Isch-Wall et *Pillet* ont fait de nouveau des recherches à ce sujet.

« Sur une coupe transversale (*Progrès médical*, 1887) du cornet moyen on voit que dans l'épaisseur du tissu spongieux de l'os existent des lacunes assez grandes au centre de chacune desquelles est l'artériole, autour de celle-ci sont des veines de retour, 3 ou 4 pour chaque artère.

Le chorion à ce niveau est très épais, et toute son épaisseur est occupée par des espaces dilatés à lumière irrégulière, véritable tissu caverneux. Ce tissu existe principalement sur les deux faces des cornets moyen et inférieur et surtout à leur partie antérieure. A leur face inférieure il n'existe qu'à l'état de rudiment.

Isch Wall hésite à faire de ce tissu un tissu véritablement érectile. En outre il n'y a pas comme dans la verge entrant véritablement en érection d'artérioles hélicines. Il s'agirait pour lui de simples phénomènes de turgescence.

Pour Pillet au contraire chacun des éléments de ce tissu véritablement caverneux se présente sur les coupes avec les caractères fixes attribués au tissu érectile par Ch. Robin. Ce ne sont ni des artérioles, ni des veines, ni des capillaires simplement dilatés, mais un quatrième ordre de vaisseaux ayant une physionomie spéciale, avec un endothélium se composant de cellules plates à noyaux, faisant saillie dans la lumière du vaisseau. Autour d'eux existent des fibres musculaires lisses en faisceaux épais.

Pour nous peu nous importe que l'on ait affaire ici à un tissu érectile ou non ; une notion importante doit avant tout nous frapper : c'est l'existence de ces dilatations vasculaires, c'est leur turgescence facile.

Pour ce qui est de la muqueuse de la cloison, *Kiesselbach* (*Revue des sciences médicales*, 1886) en a examiné la structure. Il a vu que dans la portion antérieure, la muqueuse comprenait des dilatations capillaires arrivant jusqu'à la membrane basale ressemblant complètement aux lacunes du tissu caverneux des cornets. Enfin il y a également un tissu érectile analogue à celui décrit précédemment. Mackenzie a décrit un tissu analogue sur la cloison à hauteur des cornets moyen et inférieur. On voit donc la facilité avec laquelle les hémorrhagies se produisent sur tous ces points. Leur persistance, leur récurrence fréquente s'expliquent par cette disposition caverneuse.

Cette étude, que nous pardonnera peut-être le lecteur, nous montre également que les épistaxis auront surtout leur siège aux points où ces dilatations vasculaires sont très développées c'est-à-dire à la partie antérieure de la cloison et des cornets moyen et inférieur.

CHAPITRE II

Pathogénie et siège des épistaxis.

Il est de première importance pour agir sur une lésion de savoir son siège exact. La connaissance de la cause a moins d'importance.

On divisait autrefois les épistaxis en idiopathiques et symptomatiques suivant qu'elles se produisaient avec ou sans intégrité de la pituitaire. Aujourd'hui Jaccoud l'a bien montré, cette distinction ne peut plus être admise : toute épistaxis a pour cause la rupture d'un vaisseau que ce soit une veine, une artère, ou un capillaire de petites dimensions. La transsudation des globules serait capable au plus de produire une légère hémorrhagie, mais ne permettant point de se rendre compte des épistaxis rebelles que nous avons surtout en vue dans ce travail.

Toutes les causes énumérées autrefois au nombre des causes déterminantes connues : affections du foie et de la rate, cachexies, scorbut, leucémie, les intoxications, hémophilie, fièvres éruptives créent simplement une prédisposition aux hémorrhagies soit par élévation de pression sanguine, soit par altération du sang ou modification de la paroi du vaisseau.

Aujourd'hui il est bien démontré qu'il y a toujours une lésion locale. Grâce à l'examen au spéculum et à l'éclair-

rage des fosses nasales on peut presque toujours en déterminer la situation exacte. C'est ce qui ressort de la constatation de Kiesselbach, Baumgarten, Baudler, Hartmann. Kiesselbach (*Berl. Kl. Voch.* 1886) sur 38 malades a observé ceci : 33 fois épistaxis provenant de la cloison cartilagineuse le plus souvent dans sa partie antéro-inférieure ; 3 fois hémorrhagie venant d'endroits où la cloison se continue avec le plancher des fosses nasales au niveau du trou incisif ; 2 fois elle provenait de l'extrémité antérieure du cornet inférieur ; 1 fois du bord antérieur du cornet moyen.

Pour procéder à la recherche des surfaces saignantes qui sont généralement multiples *Kiesselbach* se sert du speculum plein de Sigismund, et chez les jeunes enfants de l'otoscope ovale. (*Zeitschrift Für Ohrenhulkunde* 1885).

A. Hartmann se basant sur 12 observations estime que les hémorrhagies nasales spontanées siègent le plus souvent à la partie antérieure de la cloison ou du plancher.

Bregesen dont les observations ont surtout les enfants pour objet estime que chez eux les hémorrhagies siègent le plus souvent à l'extrémité antérieure des cornets moyens.

Baudler sur 54 cas examinés a trouvé 37 fois une altération de la muqueuse siégeant à la partie antérieure de la cloison (25 janvier 92. *Berlin. Klin. Wochens.*).

Barth a observé 52 cas cas d'épistaxis en 5 ans. Il a relevé 13 fois la rupture d'un vaisseau de la cloison ;

6 fois le sang provenait de l'ulcération d'un petit vaisseau ;

7 fois il y avait en même temps ulcération et ouverture d'un petit vaisseau de la portion antérieure de la cloison ;

5 fois cet auteur nota des ulcérations bourgeonnantes de la face antérieure des cornets inférieur et moyen.

Dans 3 cas il s'agissait de tumeur angiomateuse de la cloison cartilagineuse.

G. Lefferts (*The medical News*, janvier 1882). Dans la plupart des cas, d'après l'auteur, l'épistaxis reconnaît pour origine une petite ulcération ou érosion de la cloison dans sa portion antérieure.

Pour lui le mot ulcération est trop fort ; il n'y a pas véritablement perte de substance, mais simplement érosion de la muqueuse. Il conseille donc de toujours examiner au spéculum les fosses nasales avant d'intervenir. On trouvera toujours le siège de la lésion.

Voltolini dans sa très consciencieuse étude de l'épistaxis, dit que le plus souvent le sang provient de la partie antérieure de la cloison et sort par un orifice, comme d'un vaisseau rompu, d'une veine, ou d'une petite tumeur angiomateuse.

De cette série d'observations il résulte en somme que les lésions sont le plus souvent faciles à voir au spéculum. Leur siège presque constant est à la partie antérieure de la pituitaire, le plus souvent sur la cloison. Ce siège concorde bien avec la disposition histologique que nous avons signalée plus haut.

Le lieu d'élection occupe la terminaison de la branche

interne de l'artère sphéno-palatine qui se distribue à la cloison, à la muqueuse des cornets moyen et inférieur. Elle mérite de porter le nom d'artère de l'épistaxis, tout comme l'artère lenticulo-striée à la dénomination d'artère de l'hémorrhagie cérébrale. « Lermoyez, Société des hôpitaux, 30 octobre 1896 ».

Nature de la lésion. — Quant à la nature de la lésion c'est tantôt une simple érosion (Lefferts), tantôt la rupture d'un petit vaisseau : telles seraient les causes des épistaxis à hémostase facile.

Les épistaxis très rebelles sont expliquées par *Chiari* et *Hartmann* par une ectasie des vaisseaux au moment où ils se détachent du plan sous-jacent, et par *Zuckerkandt* par la formation d'un tout petit anévrysme,

Gosselin chez un malade (*Gazette des hôpitaux*, 1882) dit que les épistaxis paraissaient tenir à un développement variqueux des veines de la pituitaire ; les membres inférieurs étaient le siège de varices très accentuées.

Verneuil cite un cas semblable avec épistaxis rebelles.

L'analogie est évidente avec la rupture des varices hémorroïdales ou des phlébectasies des membres inférieurs.

Rendu (Société des hôpitaux octobre 1896) dit que l'angiome peut être souvent la cause d'épistaxis à répétition, ayant observé un cas semblable chez un sujet porteur d'angiomes cutanés et muqueux.

Ainsi donc si la lésion est variable dans son aspect le siège antérieur n'en persiste pas moins.

« De ces considérations thérapeutiques *M. Lermoyez*, Société médicale des hôpitaux, 1896) résulte un corollaire très important. A l'épistaxis hémorrhagie d'ordre local il

faut un traitement local ; et comme la lésion est constante dans son siège et son étendue le traitement sera uniforme dans tous les cas. Seulement qu'on ne perde pas son temps à examiner les viscères plus ou moins éloignés. Si un chirurgien en présence d'une plaie de la paume de la main oubliait de lier les artères de l'avant-bras se bornant à prescrire à son malade du vin de quinquina et du fer, il ferait une bien mauvaise besogne. Cependant c'est ce que font encore nombre de médecins qui, appelés auprès d'une épistaxis, administrent des toniques, appliquent des révulsifs sur l'hypochondre, imitateurs en cela de Galien qui prétendait tarir les épistaxis de la narine droite en soignant le foie, et de la narine gauche en soignant la rate. En présence d'un nez qu'il faut traiter, il faut marcher droit au sang, comme les chirurgiens marchent au pus. Que certaines médications générales soient un utile adjuvant de ce traitement local, je n'y contredis pas ; certes, en régularisant la lésion artérielle d'un asystolique par la digitale, en diminuant celle des brightiques par les drastiques on diminuera l'hémorrhagie nasale, mais on ne l'arrêtera pas définitivement. Cette médication est accessoire, elle laisse toujours ouverte la porte par laquelle sort le sang ».

CHAPITRE III

Traitement.

« A l'épistaxis, lésion locale, il faudra un traitement local ». Voyons donc quels sont les moyens employés pour agir directement sur l'hémorrhagie.

Trois moyens sont aujourd'hui préconisés pour agir directement sur l'hémorrhagie nasale : la cautérisation du point qui saigne, le tamponnement simple, le tamponnement double.

1° *Cautérisation*. — La cautérisation comme traitement de l'épistaxis a été employée pour la première fois par *Michel de Cologne* (*Traité des maladies du nez*, 1879). Celui-ci avait employé le thermocautère dans deux cas où le siège de l'épistaxis se trouvait sur la cloison.

Calmettes (*Progrès médical*, 1881) a appliqué en 1880 ce procédé d'hémostase sur un malade qui était venu le consulter pour épistaxis rebelles, après avoir essayé tous les moyens employés alors : ergotine à l'intérieur, perchlorure de fer localement.

Monsieur Lermoyez a fait au sujet de ce procédé une communication à la Société médicale des hôpitaux où il vante les heureux résultats que lui a donnés cette méthode.

On commence par sécher avec soin les fosses nasales.

Pour cela après avoir appliqué un spéculum nasi (de préférence le spéculum Duplay) et avoir éclairé convenablement la cavité des fosses nasales avec le miroir frontal, on porte sous le contrôle de la vue, dans les fosses nasales, à l'aide d'une pince, un tampon avec lequel on enlève tous les caillots, toutes les mucosités qui obstruent les fosses nasales. On remplace ce tampon aussi souvent qu'il le faut jusqu'à ce que la cavité nasale soit complètement sèche et que l'on puisse voir le point qui saigne.

La meilleure pince à employer est la pince de Lubet-Barbon dont les mors fins n'obstruent pas le champ visuel et pénètrent dans les fentes étroites qui séparent les cornets de la paroi externe.

La cautérisation du point qui saigne peut se faire à l'aide du thermocautère, du galvanocautère, ou mieux du nitrate d'argent (Lermoyez). Le sang une fois éteint et l'érosion découverte on y porte une perle de nitrate d'argent à l'aide d'un stylet, et on la maintient jusqu'à l'hémostase. Si le malade ne saigne pas au moment où il se montre, on voit une petite croûte brunâtre qui recouvre le point qui a saigné ; on la détache avec la pointe d'un stylet et l'on porte sur cette surface la perle caustique.

La pointe de thermocautère portée au rouge sombre peut remplacer dans certains cas le crayon de nitrate.

Ce traitement tout efficace qu'il soit n'est pas cependant à l'abri de quelques critiques.

Tout d'abord il nécessite l'examen de la cavité nasale, au spéculum, un crayon de nitrate, ou un thermocautère, et un éclairage suffisant. En ville, à la campagne sur-

tout, l'un des éléments essentiels de ce traitement peut faire défaut, et en présence d'une épistaxis abondante l'on a guère le temps de différer. De plus la petite escharre produite par la cautérisation peut très bien se détacher ainsi que l'on verra dans les observations (1 et 2), Grâce à un effort du malade, l'action de se moucher, par exemple, l'épistaxis peut reprendre de plus belle. Chez les enfants cette considération prend particulièrement une grande importance ; la croûte irrite la muqueuse ; il se produit souvent des démangeaisons, et il est alors assez difficile de les empêcher d'introduire les doigts dans les narines, circonstance qui amène la chute de l'escharre ainsi produite.

En outre le procédé est douloureux et laisse souvent un gonflement persistant de la muqueuse.

2° *Double tamponnement des fosses nasales.* — Ce procédé qui est encore très répandu a essentiellement pour but l'oblitération des narines antérieures et postérieures afin de déterminer la formation d'un caillot et arrêter définitivement l'hémorrhagie.

Tel est le principe du double tamponnement. Voyons de quelle façon il convient de le pratiquer. Deux méthodes sont couramment en usage : 1° Celle de Bertheraud ou de la sonde molle ;

2° Celle de la sonde de Belloc.

Certaines modifications ont été apportées à ces deux procédés par Martin Saint-Ange et par Gariel.

1° *Procédé de la sonde molle.* — Un bourdonnet de charpie ou un tampon d'ouate hydrophile sont façonnés en boule sphérique. Un double fil ciré à chefs suffisam-

ment longs et un fil simple sont noués au tampon obturateur : de l'ouate antiseptique, un tampon de gaze iodoformée, une sonde molle complèteront l'instrumentation. Cette sonde est poussée dans la narine saignante : on va en chercher au fond du pharynx l'extrémité, on la ramène à la bouche, et l'on fixe aux yeux de cet instrument le double fil. Le tampon est attiré et fortement engagé à l'orifice nasal postérieur : entre les deux chefs du fil double pendant hors du nez on fixe un bourrelet d'ouate pour boucher l'orifice antérieur des fosses nasales. Sur ce tampon antérieur les deux chefs sont fortement serrés, et le fil buccal est fixé à la joue (Forgue et Reclus).

2° *Le procédé de la sonde de Belloc est un peu plus compliqué que le précédent.* — Tel est le double tamponnement des fosses nasales auquel on a recours d'une façon courante dans les cas d'épistaxis rebelle.

Eh bien ! tel qu'il est pratiqué, le plus souvent le procédé est bien imparfait, quelquefois inefficace, et souvent dangereux. Etant données les connexions des fosses nasales avec les sinus maxillaires, le sang qui ne se coagule pas instantanément pénètre librement à leur intérieur. Dans certains cas le sang arrive même dans la caisse.

N'a-t-on pas vu des hémorrhagies de l'oreille se faire en même temps que l'épistaxis dans le cas de perforation de la membrane du tympan ?

Dans tous les cas (Gellé) « que vient faire le tampon ? il s'oppose à la sortie du sang quand il a déjà pénétré dans la caisse ou bien il facilite la pénétration des humeurs putrides dans cette cavité. Le tampon enferme le loup dans la bergerie ». Gellé relate à ce sujet une observation des plus typiques dans les archives de laryngologie.

Il a constaté chez une malade des douleurs d'oreille très violentes survenues dès la deuxième nuit après le tamponnement, avec fièvre et agitation, et gonflement de la région auriculaire. Phénomènes cérébraux, agitation et coma consécutif. Dès le quatrième jour ablation de tampons, cessation des phénomènes méningés et guérison.

Nous avons relevé nous-même dans les observations 8 et 9 deux cas d'otite consécutifs au tamponnement postérieur. On a constaté de nombreux cas d'otite survenus à la suite du double tamponnement.

Monsieur le Professeur Tillaux (Thèse de Le Chevalier) a observé trois cas d'otite moyenne grave dont un avec suppuration mastoïdienne et propagation méningée mortelle.

Hartmann rapporte également trois cas d'otite moyenne suppurée consécutifs au double tamponnement.

Gréquy à la Société de médecine pratique relate également un fait analogue.

Dans tous ces cas peut-on dire la complication du côté de l'oreille vient d'un défaut d'antisepsie, de ce que les lavages du nez n'ont pas été faits le 2^e jour ainsi que le conseille monsieur le Professeur Tillaux? Mais en enlevant les tampons d'une façon aussi précoce n'y-a-t-il pas à craindre un retour des épistaxis? En outre bien souvent les phénomènes d'otite surviennent très rapidement le 2^e jour par exemple. Ici intervient sans doute un autre facteur : la compression par le tampon de la trompe d'Eustache à sa terminaison dans le pharynx. En outre le sang pénètre dans les cavités avoisinantes et surtout dans le sinus maxillaire supérieur. Tous les lavages que l'on

peut faire ne parviennent pas jusqu'à lui, et l'empyème se déclare.

Gellé (*Archives de laryngologie*, 1899, p. 140), relate l'observation d'un homme à qui le tamponnement de la narine avait été fait d'une façon absolument complète.

Le malade s'opposa au retrait absolu du tampon. Ce n'est que le 10^e jour que pressé par la sollicitation et surtout par l'odeur infecte qui s'en exhalait, il consentit à se laisser soigner. Mais il fut presque impossible d'enlever le tampon postérieur tant le fil était pourri. Une fièvre intense survint le soir. Le Dr Jalaguier consulté repoussa le tampon postérieur et fit un lavage antiseptique.

Néanmoins quelque temps après des douleurs apparurent dans le côté gauche de la face, et l'empyème du sinus maxillaire se déclara avec écoulement de liquide jaune fétide par le nez. Après un lavage énergique qui fit sortir un bouchon d'une horrible fétidité, la fièvre tomba et la guérison survint.

Ici il est bien évident que les accidents survinrent par la mauvaise volonté du malade à se laisser soigner. Mais toutefois le même fait peut se produire fatalement dans les hôpitaux à la consultation lorsqu'on pratique le double tamponnement. Le malade un peu négligent ou empêché ne reviendra pas en temps voulu pour qu'on lui enlève ses tampons et qu'on lui fasse l'irrigation antiseptique de ses fosses nasales : d'où production d'accidents analogues au précédent.

Et, Saint-Hilaire rapporte également (*Archives de laryngologie*, 98) deux cas d'empyème de l'antre d'Highmore

consécutifs au double tamponnement des fosses nasales.

Il nous a été donné d'observer un fait analogue. (Voir Observat. 6.)

Cette observation est remarquable par la précocité des accidents infectieux survenus le troisième jour après l'application du double tamponnement.

Mais non seulement le sinus maxillaire peut s'infecter. Le tamponnement double est de plus une cause sérieuse d'infection des fosses nasales.

Chacun sait l'odeur nauséabonde qui se dégage lorsqu'au bout de deux ou trois jours on vient à enlever les deux tampons.

Le sang enfermé dans les fosses nasales ne tarde pas en effet à se putréfier et si on le laisse plus de 48 heures, la transformation purulente du caillot survient fatalement, et des complications plus ou moins graves sont à craindre.

C'est pour la suite un écoulement ichoreux fétide, un coryza chronique, et souvent d'une façon beaucoup plus précoce des accidents du côté des régions voisines.

En outre la présence du tampon postérieur est très gênante dans l'arrière-gorge ; la déglutition est rendue difficile.

A. Forsell (*Annales de laryngologie*, mai 97), a observé plusieurs accidents à ce sujet tels que nausées, vomissements.

Aussi propose-t-il de remédier en partie à cet inconvénient en lui donnant une forme effilée de façon à ce

qu'il entre le plus possible dans la fosse nasale sans dépasser le pharynx.

Mais pour qu'il entre ainsi dans cette cavité il faut qu'il soit peu volumineux : il n'obturera plus exactement l'orifice postérieur.

Le fil postérieur qui vient passer par la bouche n'est pas sans dangers ; il est incommode pour le malade.

Fredet (Union médicale, 1880) cite même l'observation d'un malade chez qui il a relevé une véritable section du voile du palais par le fil postérieur.

Le passage de la sonde dans les narines provoque souvent des éternuements, des réflexes, des spasmes du voile du palais. Le contact du bout de l'instrument avec la paroi de l'arrière-cavité des fosses nasales et du pharynx peut déterminer des nausées, des vomissements.

Chez les enfants il est particulièrement difficile et parfois impossible à appliquer. Il en est de même chez les sujets nerveux.

L'obturation de l'orifice postérieur des fosses nasales est souvent imparfaite et le sang continue à couler, dégluti quelquefois inconsciemment par le malade.

Tillaux (Anatomie topographique, p. 256) insiste particulièrement sur la forme à donner aux tampons en tenant compte de la configuration spéciale de l'orifice postérieur des choannes (V. plus haut).

Si l'on donne en effet au tampon d'ouate la forme sphérique, ou bien il sera trop petit et le sang passera au-dessus et au-dessous ; ou bien il sera trop gros, butera contre les bords et retombera dans le pharynx (*Tillaux*).

Il faut que ce tampon ait une forme cylindrique de 3 cm. de hauteur sur 1 cm. 1/2 de largeur.

Nous ne savons exactement si dans tous les cas d'épistaxis récidivant malgré le double tamponnement, l'opérateur avait suivi les conseils de M. le professeur Tillaux, mais dans une de nos observations ce tamponnement avait été pratiqué par un spécialiste. Quoiqu'il en soit, bien souvent nous avons vu l'épistaxis reprendre soit par la narine antérieure, soit par la postérieure après le double tamponnement.

Il faut, avons-nous dit, que les tampons antérieur et postérieur soient appliqués exactement sur les orifices correspondants c'est-à-dire les obturent avec une certaine force. Supposons que les fils appliqués précédemment glissent quelque peu après l'application sur les bourdonnets et l'hémorrhagie reprendra de plus belle. (Voir observations 2, 3 et 4).

En outre si l'application est mal faite la présence du tampon dans l'arrière-cavité, surtout lorsqu'il est très volumineux semble pour ainsi dire entretenir l'hémorrhagie.

3° *Tamponnement antérieur simple.* — Le tamponnement antérieur peut se pratiquer de différentes façons. En tous cas l'instrumentation qu'il nécessite est très simple ; une pince, un peu d'ouate antiseptique ou de la gaze iodoformée.

On commencera par nettoyer aussi bien que possible la fosse nasale qui saigne. Pour cela on y introduira montés sur la pince de petits tampons imbibés d'une solution antiseptique tiède ; ou même si l'on dispose d'un

bock ou d'un irrigateur, une douche nasale sera très utile. Ce lavage sera fait de préférence avec de l'eau aussi chaude que possible.

On sait l'action qu'exerce sur les capillaires l'eau chaude et bien souvent nous avons vu par ce moyen l'hémorragie diminuer beaucoup ou même cesser complètement pour ne plus revenir. (Obs. 7).

C'est là un bon moyen qu'on aurait garde de négliger. L'eau très chaude agit ici comme pour les hémorragies utérines.

Trousseau avait déjà employé ce moyen dans l'épistaxis de la rougeole.

Auguier n'a eu également qu'à se louer des applications d'eau chaude dans l'épistaxis.

Si l'hémorragie cède à ce moyen ce qui arrive souvent, il y a tout lieu de craindre une récurrence, et en tous cas on ne peut laisser le malade partir sans aucun moyen de protection, sans aucun pansement protecteur et hémostatique.

Le tamponnement antérieur réalise ces conditions.

A l'aide d'une pince, de préférence la pince de Lubet-Barbon on introduira une série de petites boulettes d'ouate antiseptique du volume d'un pois; dix à quinze sont souvent nécessaires, on n'oubliera aucun recoin des fosses nasales, aucun repli des cornets.

Pour pouvoir les enlever plus facilement il conviendra de les relier entre elles par un fil en queue de cerf-volant, ou bien l'on pourra employer des bandes étroites de gaze indolformée que l'on enfoncera progressivement et que l'on tassera dans la cavité des fosses nasales.

Mais, pourra-t-on objecter, est-on certains par ce procédé de comprimer la surface saignante? N'avons-nous pas vu que le siège des épistaxis est toujours antérieur? il sera donc toujours possible de l'atteindre par la narine, et la compression se fera directement.

Ici plus d'emprisonnement de sang dans les fosses nasales et par conséquent plus de reflux dans les cavités avoisinantes; l'antisepsie des fosses nasales sera réalisée d'une façon aussi exacte que possible.

Il n'y aura plus à craindre l'infection secondaire du caillot.

La cicatrisation se fera régulièrement et au bout de trois ou quatre jours quand on enlèvera les tampons ou la gaze indoformée c'est à peine si ceux-ci présenteront un peu d'odeur.

Rarement ils sont imbibés d'un peu de sécrétion purulente.

Au bout de cette période on fera un lavage à l'eau naphtolée (0,30) tiède avec une faible pression.

1000

On appliquera un nouveau tamponnement qu'on laissera en place pendant trois ou quatre jours, et la petite lésion cause de l'hémorrhagie se cicatrisera d'une façon souvent définitive.

Sans doute le même but peut être réalisé pour la cautérisation; mais, nous avons vu que ce moyen n'est pas toujours à la portée de tous, à la campagne surtout où l'on peut se trouver dans de telles conditions que l'on n'ait ni spéculum, ni éclairage suffisant des fosses nasales.

En outre l'escharre formée peut se détacher facilement.

Chez les enfants en particulier elle peut être enlevée par le grattage et l'épistaxis recommence. D'ailleurs pour pratiquer la cautérisation il faut être exercé à l'examen des fosses nasales et il n'est point toujours facile de reconnaître le point qui saigne.

Avec le tamponnement antérieur rien de pareil à craindre. Nous croyons que c'est là un moyen en somme pratique et simple de parer aux épistaxis. Dans un certain nombre de cas nous nous sommes très bien trouvé d'imbiber le tampon ou mèche iodoformée d'une solution de cocaïne à 2/100 ou d'antipyrine à 1/20. On sait l'action vaso-constrictive qu'exercent ces deux substances sur les petits vaisseaux.

Bien souvent nous l'avons vu réussir alors que le double tamponnement avait échoué (voir observations 2, 3, 4, 5, 6).

Ce procédé a reçu certaines modifications. *Dionisio* (*Journal della R. Accademia di Torino*, 1897) emploie un tampon de gaze antiseptique au centre duquel on place un tube à drainage en gomme élastique d'environ huit millimètres de diamètre. Avant d'enrouler la gaze on tend fortement le tube sur un mandrin qui sert également à l'introduction dans les fosses nasales.

Quand on retire le mandrin, le tube en se dilatant fortement exerce sur les parois une pression suffisante et modérée. L'auteur a employé ce procédé avec succès dans un certain nombre d'épistaxis rebelles.

D'autres auteurs, Bold, Cornick (*Journal medical association*) introduisent dans les fosses nasales des morceaux d'éponge préparée qui se dilatent dans l'intérieur et vont

comprimer le point lésé. *Hamilton* emploie une bande de toile de trois pieds avec laquelle il tamponne les différentes parties du nez.

Ces moyens auraient donné de très bons résultats, mais ils ont le défaut de ne pas être antiseptiques et par conséquent de permettre l'infection.

Cette méthode de traitement local ne doit pas nous faire perdre de vue certaines considérations d'ordre général. Si une syncope survient pendant l'application du tampon, éviter avant tout le passage du sang dans la trachée. Les malades couchés seront renversés en arrière dans la position de *Rose*, les sujets assis seront légèrement penchés en avant. Mais comme dans le premier cas cette position augmente plutôt l'épistaxis il faut relever la tête dès que la syncope a disparu (*Forgue et Reclus*).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Le nommé B..., entrepreneur de travaux, est pris pendant un séjour à Villiers-sur-Marne, d'une épistaxis pour laquelle il consulte un médecin. Celui-ci lui applique un petit tampon imbibé de solution d'antipyrine : l'hémorrhagie cesse.

Mais elle reprend le lendemain ; il se décide à venir consulter à Paris un spécialiste des maladies du nez. Cautérisation de la partie saignante.

Mais l'hémorrhagie reprend quelques jours après. Le malade se présente à l'hôpital Dubois ; un tamponnement antérieur antiseptique est pratiqué par l'interne de garde M. Guisez suivant les règles indiquées précédemment.

Il nous a été donné de suivre le malade pendant une quinzaine de jours durant lesquels il est resté à l'hôpital Dubois. L'épistaxis ne s'était pas reproduite.

OBSERVATION II

Mme T..., 49 ans, lingère à Lillers (Pas-de-Calais), tousse d'ordinaire, mais l'auscultation ne révèle cependant aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Le 20 septembre 1899. — En se levant, sans cause apparente elle eut une violente épistaxis qui dura plusieurs heures.

Un morceau d'amadou fut appliqué dans la narine et on fit un lavage à l'eau très chaude. Mais l'hémorrhagie recommença.

Cautérisation faite par un spécialiste appelé en consultation. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas dans les cinq jours qui suivirent.

Le 6. jour. — Remplaçant nous-même le médecin traitant, nous pratiquâmes le tamponnement antérieur, l'épistaxis ayant récidivé.

Guérison jusqu'à maintenant.

OBSERVATION III

X..., entré à l'hôpital Lariboisière le 10 mars 1898 à minuit pour épistaxis abondante.

L'interne de garde place un simple petit tampon et l'hémorrhagie cesse. Il reste quelque temps auprès du malade et tout rentre dans l'ordre.

Une heure après l'hémorrhagie recommence ; il se décide à appliquer le double tamponnement à la sonde de Belloc.

L'hémorrhagie semble conjurée, mais le malade se plaint de cracher le sang. Il ne s'agit point évidemment d'hématémèse mais d'épistaxis déglutie.

On enlève le tamponnement, on se décide à établir un tamponnement local avec de petits tampons au sublimé ; 16 à 20 petits tampons sont ainsi introduits dans la narine avec une pince courbe, et laissés à demeure pendant 48 heures après lesquelles l'hémorrhagie avait cessé.

Les tampons sont enlevés, et le malade sort guéri dix jours après de l'hôpital.

Il revient de nouveau au mois de mai pour une bronchite. Interrogé au sujet de ses épistaxis il dit qu'elles ne se sont plus reproduites.

OBSERVATION IV

H..., âgé de 52 ans entre dans le service de M. Muselier. Il est atteint d'une affection cardiaque se traduisant par une insuffisance aortique.

Il présente des hémorrhagies pulmonaires et des épistaxis à répétition.

Un tamponnement double pratiqué par l'interne de garde exhale bientôt une odeur fétide. On constate de l'hypersécrétion du côté opposé. L'hémorrhagie recommence. On refait le double tamponnement, et l'hémorrhagie persiste.

On laisse ce double tamponnement en place pendant deux jours ; mais on l'enlève de nouveau à ce moment à cause de l'odeur fétide qui se dégage, et l'hémorrhagie reprend.

On fait un tamponnement antérieur avec de petits tampons d'ouate au sublimé imbibés d'une solution de chlorydrate de cocaïne. L'hémorrhagie cesse et l'odeur fétide aussi.

Le tamponnement est renouvelé deux jours après, et l'hémorrhagie est définitivement conjurée.

Elle ne s'était pas reproduite jusqu'au moment où le malade succomba à une syncope cardiaque due à la lésion aortique, un mois après.

OBSERVATION V

La nommé S..., agée de 64 ans, entre à l'hôpital Dubois le 8 octobre 1899 dans le service de M. le Dr Walther.

C'est une alcoolique atteinte d'albuminurie avec œdème des jambes. La veille de son entrée à l'hôpital elle avait subi en ville un double tamponnement.

La malade est une alcoolique et dans une crise d'agitation elle a arraché le fil qui passe par la bouche.

On lui enlève son tampon antérieur, et on nettoie avec une irrigation chaude la narine correspondante. L'hémorrhagie continue. Un tamponnement antérieur est appliqué dans la fosse nasale par l'interne de garde à l'aide de tampons imbibés d'une solution de cocaïne.

L'hémorrhagie cesse mais reprend de nouveau quelques heures après. Il refait une nouvelle irrigation d'eau très chaude et un tamponnement antérieur aussi exact que possible.

L'hémorrhagie cesse pendant un jour pour recommencer de nouveau le 10 octobre.

Croyant à l'existence de quelque tumeur, car le malade se plaint d'une gêne de l'arrière-gorge au moment de la déglutition, on procède à l'exploration plus exacte des fosses nasales par la narine antérieure. Mais on ne découvre rien de particulier.

On se prépare à faire le double tamponnement, mais l'introduction de la sonde fait sortir immédiatement un très gros tampon qui était collé contre l'orifice postérieur des fosses nasales.

L'hémorrhagie cesse immédiatement. La malade est observée pendant plusieurs heures ; on lui fait un tamponnement antérieur laissé en place trois jours, avec de l'ouate imbibée d'une solution de cocaïne à 1 0/0. L'hémorrhagie ne s'est plus reproduite jusqu'à la sortie de la malade de l'hôpital le 4 novembre 1899.

OBSERVATION VI

Le nommé C..., âgé de 22 ans, exerçant la profession d'ébéniste entre dans le service de M. Muselier, le 17 février 1898, salle Barth.

Le malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Lui-même il a toujours été bien portant jusqu'à l'âge de 15 ans où il a eu la variole avec hémorrhagies gingivales, épistaxis répétées. Depuis cette époque le malade saigne du nez avec la plus grande facilité. Il saigne en moyenne 8 à 10 fois par an et lui-même attribue ses pâles couleurs à ces hémorrhagies répétées.

Vers la fin de 1896, ces hémorrhagies reviennent plus souvent et sont plus abondantes.

Il consulte un médecin qui lui ordonne du fer et lui fait prescrire de l'antipyrine.

Ces hémorrhagies cessèrent alors momentanément mais reprirent de plus belle dans la suite.

En janvier 1898, épistaxis abondante de la narine droite qui résiste à tous les moyens médicaux employés. Le malade se présente dans la nuit du 17 au 18 février à la consultation ; il est très pâle, très anémié ; et entre salle Barth.

Malgré le double tamponnement, de nouvelles épistaxis surviennent la nuit suivante.

On en refait un autre et on le laisse en place trois ou quatre jours de crainte de voir revenir l'hémorrhagie. Le 21 c'est-à-dire trois jours après l'application du second tamponnement, le malade ressent un peu de douleur au niveau de la moitié gauche de la face. Peu de temps après survient du gonflement de la joue de ce côté. La pression est douloureuse au niveau du point sous-orbitaire.

La température est à 39°. Supposant que le tamponnement est la cause de tout le mal, on l'enlève: un liquide sanieux, purulent, d'odeur fétide, s'écoule, on fait une irrigation à l'eau boriquée chaude.

L'examen par transparence pratiqué à la clinique laryngologique de l'hôpital fait constater une zone obscure au-dessous de l'orbite gauche. Il s'agit bien d'un empyème du sinus maxillaire consécutif à l'infection causée par le double tamponnement.

Sorti de l'hôpital le 2 avril sans vouloir se laisser opérer !

Il ne nous a pas été donné de le revoir pour savoir ce que sont devenues ses épistaxis ni son empyème.

OBSERVATION VII

Le nommé J..., âgé de 34 ans, exerçant la profession de graveur, ne présente dans ses antécédents héréditaires ou personnels rien de particulier.

Bonne santé d'ordinaire. L'auscultation pulmonaire et cardiaque est négative.

Depuis quatre jours, ce malade est atteint d'une épistaxis assez abondante survenue sans cause apparente. Il s'est placé dans la narine un petit tampon insuffisant, puis est allé consulter un médecin qui lui appliqua un petit tampon imbibé d'une solution d'antipyrine.

Nouvelle hémorrhagie deux heures après.

À l'hôpital Lariboisière, où le malade s'était présenté, on pratiqua la cautérisation sur plusieurs points de la muqueuse.

Il vient consulter, le 20 octobre, à la clinique de la Faculté pour un léger suintement sanguin de la narine persistant dont il est très inquiet.

On lui fait faire une irrigation à l'eau naphtolée très chaude. L'épistaxis cesse momentanément.

Par prudence on lui fait un tamponnement antérieur avec une mince bande de gaze iodoformée. Le malade revient quatre jours après à la clinique.

On enlève le tamponnement ; lavage du nez à l'eau naphtolée très chaude et nouveau tamponnement.

Le pansement est définitivement enlevé trois jours après.

L'épistaxis ne s'est pas reproduite depuis.

OBSERVATION VII

Le nommé C..., âgé de 38 ans, forain, entre le 18 février 1898, dans le service du docteur Muselier pour tuberculose pulmonaire au début : murmure vésiculaire couvert par des râles sous-crépitaux.

Une épistaxis survient le 1^{er} mars dans la matinée. Elle s'ar-

rête immédiatement grâce à l'introduction d'un petit tampon d'ouate dans la narine. Le lendemain vers midi nouvelle hémorragie qui cette fois est plus abondante.

Le petit tampon antérieur, l'application de solution d'anti-pyrine ne l'arrêtent pas. L'interne de garde lui fait un double tamponnement. L'hémorragie cesse.

Le 4 mars. — Le malade ressent des bourdonnements dans l'oreille droite.

Son ouïe a diminué de ce côté. Le lendemain il accuse une très violente douleur dans l'oreille. Le tamponnement est enlevé. La cavité nasale est lavée avec soin à l'aide d'une solution boriquée tiède. Les phénomènes inflammatoires auriculaires diminuent progressivement pour disparaître bientôt.

Le malade sort le 8 mars de l'hôpital sur sa demande.

Nous n'avons pu le revoir.

OBSERVATION IX

Le nommé S..., employé de commerce atteint d'albuminurie légère, est pris subitement d'épistaxis de la narine gauche qui le force à rentrer chez lui.

Le médecin de la famille ayant employé tous les moyens simples d'hémostase ordinaire s'était décidé à pratiquer le double tamponnement.

Trois jours après, douleurs violentes dans l'oreille, fièvre, agitation, surdité presque complète du côté gauche et bourdonnements d'oreille.

Le tamponnement postérieur est enlevé, on applique un simple tamponnement antérieur. Tous les phénomènes inflammatoires du côté de l'oreille et la surdité disparaissent et l'épistaxis ne s'est pas reproduite depuis.

CONCLUSIONS

1° Le tamponnement antérieur est pour nous la méthode de choix du traitement des épistaxis rebelles. Il ne présente ni les inconvénients, ni les dangers du double tamponnement. Il est plus efficace.

2° Il devra être appliqué méthodiquement et avec la plus grande antisepsie.

3° Sans doute la cautérisation de la surface saignante entre les mains d'un opérateur habile ou d'un spécialiste sera également efficace, mais ce n'est pas là, croyons-nous, un moyen pratique à la portée de tous.

Vu par le Président de la thèse.
BERGER

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- FREDET. — Union médicale, 1880.
- G. LEFFERTS. — The medical news, 1882.
- KIESSELBACH. — Berlin. Klin. Wochens. 1883-84.
- VOLTOLINI. — Revue mensuelle de laryngologie, 1^{er} octobre 1884.
- HARTMANN. — Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 1885.
- FORGUES et RECLUS. — Traité de thérapeutique, 26 avril 1887.
- ISCH WALL. — Progrès médical, 1887.
- PILLIET. — Société anatomique, 1891.
- BARTH. — Berlin. Klin. Wochens. Janv., 1892.
- GELLÉ. — Archives de laryngologie, 1893.
- RENDU. — Société médicale des hôpitaux, octobre 1893.
- LERMOYEZ. — Société médicale des hôpitaux, avril 1896.
- DIONISIO. — Journal de la R. Academia di Tornio, 1897.
- SAINT-HILAIRE. — Archives de laryngologie, 1898.
- TESTUT. — Anatomie.
- SAPPEY. — Anatomie.
- DEBIERRE. — Anatomie.

